



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

NAKHON SI THAMMARAT PUBLIC HEALTH OF SAVING AND CREDIT CO-OPERATIVE, LIMITED.

๖/๙๙-๑๐๐ ถ.พัฒนาการคูขวาง ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช ๘๐๐๐๐ โทร.๐๗๕-๗๗๔๖๗๒, ๐๗๕-๗๗๔๖๗๓

โทรสาร.๐๗๕-๗๗๔๖๗๑ E-mail www.nhpcoop.com

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอเปลี่ยนแปลงเงินงวดชำระหนี้รายเดือน

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....เลขทะเบียนที่.....
สังกัด.....รับเงินได้รายเดือน.....บาท มีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงเงินงวดชำระหนี้
รายเดือนตามหนังสือสัญญาเงิน กู้เลขที่.....ลงวันที่จำนวนเงินกู้.....บาท
ปัจจุบันเงินกู้คงเหลือ.....บาท ส่งมาแล้ว.....งวด ชำระรายเดือน.....บาท
ขอเปลี่ยนเป็น.....บาท ตั้งแต่เดือน.....เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

.....
()

เรียน ผู้จัดการ

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่า รายละเอียดข้างต้นถูกต้องตามระเบียบและมติที่ประชุม
คณะกรรมการ

(ลงชื่อ)
()

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

เรียน ที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ
เพื่อพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ)
()

ผู้จัดการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

งานธุรการ

โทร.๐๗๕-๗๗๔๖๗๒,๐๗๕-๗๗๔๖๗๓

โทรสาร.๐๗๕-๗๗๔๖๗๑